

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

N°

22

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

GEORGES HOUIS

né à Nantes (Loire-Inférieure), le 6 Juillet 1893

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE des rapports DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES MENTALES

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1922

32

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

N°

22

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

GEORGES HOUIS

né à Nantes (Loire-Inférieure), le 6 Juillet 1893

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des rapports
DE LA SYPHILIS
ET DES MALADIES MENTALES

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1922

PROFESSEURS ET AGRÉGÉS EN EXERCICE A LA FACULTÉ

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	X. . .
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	HARMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RICHAUD
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUSSY
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERY	ROUVIERE
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CAMU	GUILLAIn	MATHIEU	STROHL.
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TANON
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TERRIEN
CHIRAY	LABBE (Henri)	MULON	TIFFENEAU
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	VILLARET
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE GABRIEL

Mort pour la France et les Alliés
au Mont Kemmel, le 25 Avril 1918

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BENON

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes

*Qui nous a inspiré ce travail et nous
a aidé dans son exécution.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. SÉBILLEAU

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine
Médecin des Hôpitaux de Nantes

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur de Clinique des Maladies mentales

et de l'Encéphale

Médecin des Hôpitaux



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Notre attention a été attirée par le Docteur R. Benon, médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes, sur la question des rapports de la syphilis et des troubles mentaux, à l'occasion de l'examen d'un malade dont nous avons recueilli l'observation dans son service. Cette question nous a intéressé et nous avons décidé d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Notre intention n'est pas d'apporter ici une revue complète de la question : elle est trop vaste ; elle a d'ailleurs été mise à l'ordre du jour du Congrès international de propagande de l'hygiène sociale et d'éducation prophylactique sanitaire et morale qui doit se tenir à Paris du 18 au 23 décembre 1922.

Depuis les travaux de Fournier sur la syphilis du cerveau (1879-1894) ; depuis la découverte du *Tréponema pallidum* par Schaudinn, depuis que l'étude des réactions biologiques est devenue de pratique courante, la question des accidents cérébraux, que l'on est en droit de rapporter directement ou indirectement à la syphilis, a pris une importance considérable. Mais souvent si la clinique et le laboratoire peuvent dire exactement que le malade est syphilitique, elles ne peuvent nous dire avec certitude que l'on doit rapporter directement ou indirectement ces troubles mentaux à la syphilis.

Voici le plan que nous avons adopté pour notre travail :
Dans le chapitre I : nous étudierons les troubles men-

taux qui surviennent pendant la période secondaire de la syphilis, soit que nous les observions isolés ou associés à d'autres facteurs psychopathiques ;

Dans le chapitre II : nous verrons les troubles psychiques de la période tertiaire en rapport avec l'affection désignée cliniquement : la syphilis cérébrale ;

Dans le chapitre III : nous étudierons la paralysie générale, ses troubles mentaux, ses rapports avec la syphilis ;

Dans le chapitre IV : notre étude portera sur les troubles mentaux observés chez les tabétiques ;

Dans le chapitre V : nous publierons quelques statistiques montrant les rapports de la syphilis avec l'aliénation mentale ;

Dans le chapitre VI : nous publierons deux observations dont une personnelle. Nous n'avons pas cru devoir rapporter d'autres observations, déjà publiées, à cause de la longueur du travail ;

Enfin dans le chapitre VII : nous dirons les conclusions inspirées par ce travail.

La bibliographie est extrêmement riche et nous n'avons pas pu consulter directement tous les travaux que nous avons trouvés signalés par les auteurs.

CHAPITRE I

TROUBLES MENTAUX DE LA PÉRIODE SECONDAIRE DE LA SYPHILIS

Au cours de la période secondaire de la syphilis, on peut observer des troubles mentaux. Parfois ils existent à l'état isolé et l'on peut penser que la syphilis seule est susceptible de produire des maladies mentales ; mais le plus souvent elle se trouve associée à d'autres causes prédominantes : hérédités psychopathiques, troubles de l'émotivité, etc.

La syphilis peut-elle déterminer *seule* des maladies mentales, avec lésions anatomiques spécifiques ? Beaucoup d'auteurs le pensent. Jacquin (1) écrit « que la syphilis évoluant à la façon d'une maladie infectieuse aiguë, peut bien être aussi une cause de troubles mentaux » et il les étudie sous le nom de syphilopsychoses. Ces troubles psychiques de la période secondaire de la syphilis firent l'objet de nombreux travaux et Regis (2) écrit « qu'elles doivent être moins rares qu'on ne le croit », de même dans sa thèse Bronstein (3) décrit la méningite aiguë syphilitique de la période secondaire. Ravaut (4) a étudié les lésions anatomiques correspon-

(1) Jacquin. Les syphilopsychoses. Th. Lyon, 1899.

(2) Regis. Précis de Psychiatrie. Paris, 1909.

(3) Bronstein. Contribution à l'étude de la méningite aiguë syphilitique, Paris, 1912.

(4) Ravaut. Ann. de Derm. et de Syphilig., 1903-04-07.

dant à cet état. Tandis que Pierret et Jacquin pensaient à une action toxique du tréponème sur les cellules nerveuses-corticales, il a décrit des lésions de leptoméningo vascularite : avec prédominance de ces lésions à la base du cerveau surtout dans l'espace interpédunculaire. Histologiquement ce sont des lésions inflammatoires.

Les troubles psychiques que l'on observe à cette période sont intenses, d'ordre infectieux. De l'avis de tous les auteurs, aucun d'eux n'est pathognomonique de la syphilis. On se trouve en face :

1° Soit de syndrômes délirants aigus, hallucinatoires, anxieux ; c'est le délire infectieux des auteurs, avec céphalées prémonitoires, modifications de l'état général, état fébrile, et se caractérisant par l'état de rêve.

2° Soit du syndrome de confusion mentale aiguë ; ou l'on trouve, accompagnant un certain degré d'obtusion de l'esprit, de désorientation, une agitation plus ou moins violente avec hallucinations sensorielles à caractère terrifiant : Du côté de l'affectivité, on note de l'indifférence, de la torpeur : La mémoire est déficiente, c'est surtout de l'amnésie de fixation.

3° On a pu observer aussi le syndrome de Korsakoff, caractérisé par une amnésie de fixation : c'est donc avant tout une maladie de la mémoire, pouvant être accompagnée d'hallucinations, de paragnosie... Chaslin et Portocalis (1) en ont publié un cas se caractérisant par une amnésie pure.

Peut-on faire le diagnostic étiologique par l'étude de

(1) Chaslin et Portocalis, J. de Psych. normale et patholog., 1908.

ces troubles psychiques ? La plupart des auteurs ne le croient pas : on n'observe qu'un tableau clinique de méningite aiguë, d'encéphalite.

Marcus (1) de Stockolm de même ne croit pas que l'on puisse diagnostiquer le caractère spécifique de l'affection par tel ou tel trouble mental ; cependant il parle de caractéristiques nettement déterminées et typiques sous les formes cliniques :

« d'aberrations épileptiformes avec étourdissement et engourdissement général de l'esprit :

» d'aberrations hallucinatoires aiguës avec hallucinations surtout visuelles et une impression d'angoisse qui obsède le malade :

» d'aberrations catatoniques simulant une démence précoce, mais dont l'évolution fournira les moyens d'un diagnostic définitif (1) ».

En somme ces troubles psychiques n'ont aucun caractère de spécificité ; ce sont des phénomènes d'ordre infectieux et à priori on peut admettre que la syphilis, comme toute maladie infectieuse est susceptible de les produire. Toutefois ils sont très rares et le plus souvent dans les divers cas signalés, la syphilis est associée à d'autres causes psychopathiques. Ainsi dans la thèse de Jacquin (2) sur 9 observations on retrouve 8 fois des antécédents héréditaires et personnels chargés : alcoolisme, crises convulsives dans l'enfance. De même, Aug. Marie (3) a publié deux observations : dans l'une,

(1) Marcus. Soc. de neurologie. 9-11 juillet 1920. in-Rev. neurol. 1920.

(2) Jacquin. Th. Lyon 1899.

(3) Aug. Marie. Les manifestations mentales du début de la syphilis soc. méd. des Hop. 1910.

le malade ne présente aucune tare, tandis que dans l'autre, il avait affaire à un ivrogne invétéré. Egalemeut Babonneix et David (1) ont presque toujours trouvée avec la syphilis d'autres causes de troubles psychiques. Enfin, au Quartier des aliénés hommes de l'Hospice général de Nantes, depuis plus de dix ans on n'a pas observé de malade présentant des troubles psychiques, au cours et en rapport avec une syphilis de la période secondaires. Les troubles mentaux que l'on doit rapporter à la syphilis au cours de ses manifestations secondaires sont donc très rares.

Cependant il existe une psychopathie que la syphilis semble déterminer le plus souvent, c'est le syndrome asthénique. D'après R. Benon (2) on devrait seulement entendre par neurasthénie, l'état d'épuisement nerveux généralisé, caractérisé par des phénomènes d'asthénie musculaire et d'asthénie psychique. (Beard) (3). La syphilis semble pouvoir produire ces états en dehors des phénomènes d'asthénie physiologique, post-traumatique, post-infectieux ou consécutif à un surmenage intellectuel au physique. On retrouve d'ailleurs ce syndrome, au cours des manifestations syphilitiques des diverses périodes. Dans sa forme la plus grave, l'asthénie offre le caractère clinique de la stupeur : c'est « la confusion mentale aiguë stupide des auteurs » (Regis) (4). Dans cet ordre d'idées Haskovec (5) a remarqué des cas, n'ayant aucune

(1) Babonneix et David. *Rev. neurologique* 1917.

(2) Benon. *Neurasthénie et syphilis*. *An. Derm. syph.* 1912 (novembre).

(3) Beard. *Neurasthénie et épuisement nerveux*. *Boston-Méd. chir. : J.* 1869

(4) Regis. *Précis de Psych.* 4^e éd. 1909.

(5) Haskovec. *Soc. neurologie* 9-10 juillet 1920.

tendance à évoluer vers une maladie organique (tabès ou paralysie générale) qui commencent par des symptômes psychasthéniques, résultant, d'après lui d'une infection ou d'une intoxication spécifique agissant surtout aux environs du III^e ventricule. A l'appui de son opinion, il rapporte les cas de six malades qui furent très améliorés par le traitement antisypilitique.

Souvent l'asthénie chez les syphilitiques, comme chez les autres asthéniques, peut se compliquer de manie avec idées de satisfaction et de grandeur. Vigouroux (1) a publié une observation d'un malade présentant un syndrome neurasthénique qui fut remplacé par un syndrome maniaque avec idée de grandeur et satisfaction, chez lequel la ponction lombaire fut positive : ce malade guérit contre toutes prévisions et resta en bonne santé pendant plusieurs années. Car en présence de ce syndrome asthéo-maniaque, avec les réactions biologiques positives, on pense le plus souvent à une paralysie générale à son début.

La plupart du temps on trouve dans les antécédents de ces malades un surmenage intellectuel ou musculaire. Aussi on doit se demander si la syphilis seule peut bien produire cette neurasthénie, en dehors de tout surmenage ou, comme l'hypothèse en a été émise, en dehors de toute insuffisance glandulaire consécutive à l'altération des glandes à sécrétion interne par le virus syphilitique, ou bien si l'on a pas tout simplement affaire à une neurasthénie ordinaire par surmenage, survenant

(1) Vigouroux. Sur la comparution en justice d'aliénés internés prévenus de crimes ou délits. An. méd. psych. 1913.

accidentellement chez un syphilitique. Le diagnostic dans ces cas est difficile à préciser : dans le dernier cas, l'évolution et surtout l'inefficacité du traitement spécifique permettront un diagnostic différentiel.

W. Krebs (1) pense lui aussi qu'il y a aussi une neurasthénie syphilitique, dans la période aiguë comme dans la période tardive et conseille le traitement spécifique qui lui a donné de bons résultats. Bérillon (2) admet lui aussi l'existence d'une neurasthénie d'origine syphilitique tandis que Crocq (3) pense plutôt à une prédisposition névropathique.

On ne doit pas comprendre dans cette étude des troubles psychiques de la période secondaire de la syphilis, ces manifestations mentales qui surviennent à l'occasion de cette affection mais sans rapport direct avec elle. Ce sont les phobies de la syphilis, et les préoccupations hypocondriaques se déclarant à l'occasion d'une syphilis. Ces dernières manifestations sont parfois très importantes et poussent souvent ces malades au suicide. Dans ces cas il est évident que la syphilis ne joue qu'un rôle tout à fait indirect, épisodique, car ces troubles mentaux évoluent pour leur propre compte.

En somme, ces affections mentales : délire, confusion mentale, psychose de Korsakoff, neurasthénie, survenant à la période secondaire sont déterminées par la syphilis seule, c'est-à-dire sans qu'il soit possible de déceler aucune hérédité vésanique, ni troubles constitu-

(1) W. Krebs. Ann. Derm. et Syphil. 1914-1915.

(2) Bérillon. Cong. méd. gand. 1913.

(3) Crocq d.

tionnels de l'émotivité, ni infections autre que la syphilis, ni intoxication, etc.

Par contre à la période secondaire, on observe plus fréquemment des troubles psychiques chez des malades ou la syphilis se trouve associée à d'autres causes psychopathiques : hérédités, troubles constitutionnels de l'émotivité. Dans ces états, on observe soit un délire aigu hallucinatoire, soit de la confusion mentale, soit de l'asthénie, etc., mais ici aucun signe n'est pathognomonique de la syphilis, ni de la cause psychopathique : seule l'intensité des troubles mentaux est plus grande, et leur caractère plus grave.

Très souvent aussi nous trouvons à cette période secondaire une association de la syphilis et de l'alcoolisme : Ces associations morbides, ces « alcoolatures de syphilis » méritent d'autant plus d'attirer l'attention qu'elles sont mal connues, qu'elles ne déterminent pas de syndrômes psychopathiques spéciaux, et que seul un examen méthodique permet de déceler l'infection masquée par l'intoxication.

D'autre part, un choc émotionnel ou un état passionnel peuvent déterminer chez un syphilitique des états mentaux, dont l'éclosion fut peut être facilitée par la syphilis.

En somme, nous retrouvons dans l'association de la syphilis et d'autres causes psychopathiques les manifestations psychiques, déjà vues lorsque la syphilis est seule en cause, mais que l'on retrouve aussi fréquemment en dehors de toute syphilis.

CHAPITRE II

TROUBLES MENTAUX DE LA PÉRIODE TERTIAIRE DE LA SYPHILIS. — LA SYPHILIS CÉRÉBRALE

A la période tertiaire de la syphilis on admet depuis que Fournier (1) les a décrits et isolés sous la dénomination de syphilis cérébrale, l'existence de troubles mentaux en rapport avec des lésions spécifiques du cerveau. Les recherches bactériologiques sont venues confirmer les données cliniques : le tréponème fut constaté au niveau des lésions cérébrales par Sezary (2), Strassmann, Mott, Gaucher. Puis les réactions biologiques du liquide céphalorachidien ont contribué à confirmer le diagnostic des affections syphilitiques du système nerveux central.

Cette psychopathie est due à des *lésions organiques* du cerveau. Ce sont : au niveau des méninges ou de l'écorce cérébrale : soit des productions gommeuses sous forme d'infiltration diffuse ou circonscrite ou de gommes miliaries ; soit des ramollissements diffus, ou d'origine artérielle par endartérite-oblitérante.

Ces lésions se manifestent tout d'abord par des troubles physiologiques et physiques : de la céphalée, des paralysies oculaires avec inégalité pupillaire et signe d'Argyll Robertson, des lésions des nerfs optique et

(1) Fournier. Syphilis cérébrale, 1879.

(2) Sezary.

auditif, des troubles moteurs : paralysie faciale, hémiphégies, crises épileptiformes, etc.

Tous ces troubles physiques ont été bien étudiés par les auteurs ; les troubles mentaux qui se manifestent à cette période de la syphilis offrent plus d'intérêt pour nous. Tout d'abord, la syphilis cérébrale est assez commune dans les asiles d'aliénés.

La syphilis cérébrale avec ses troubles psychiques réalise le tableau clinique d'un syndrome pseudo déméntiel, caractérisé par une obtusion intellectuelle, une amnésie profonde des idées, des souvenirs, de la désorientation de l'esprit, en somme un *affaiblissement partiel* des facultés mentales, c'est une « démence organique syphilitique ». Fournier (1) avait, en outre, distingué une forme dépressive, avec prédominance d'idées hypocondriaques et une forme expansive, avec excitation cérébrale, délire vaniteux, se rapprochant cliniquement beaucoup de la paralysie générale progressive et que l'on distingue de celle-ci sous le nom de pseudo paralysie générale syphilitique. Arsimoles et Halberstadt (2), de leur côté, ramènent à trois formes cliniques principales les troubles psychiques de la période tertiaire de la syphilis : la forme pseudo déméntielle ou confusionnelle, avec agitation psychomotrice intense au début, puis un état profond d'obtusion et de désorientation de l'esprit ; une forme périodique avec accès d'excitation et de dépression ; enfin la forme « paranoïde » dans laquelle on observe un délire plus ou moins systématise avec

(1) Fournier. — Syphilis du cerveau, 1879.

(2) Arsimoles et Halberstadt. — Rév. neurol., 15 nov. 1912.

idées de grandeur, de persécution, s'accompagnant d'hallucinations sensorielles.

Cette pseudo paralysie générale syphilitique avec les mêmes signes physiques, les mêmes réactions biologiques que la paralysie générale est particulièrement difficile à différencier de cette dernière. Seule, peut-être, l'étude de l'état mental permettra d'orienter le diagnostic que l'évolution plutôt heureuse de la maladie rendra évident. Dans la syphilis cérébrale, en effet, l'affaiblissement des facultés mentales est partiel, et non pas global comme dans la paralysie générale progressive.

Dans la syphilis cérébrale il arrive parfois à la suite d'un ictus, qu'on observe un accès asthéo-maniaque.

L'état asthénique peut être profond et ici encore le diagnostic différentiel avec une paralysie générale sera très délicat, comme dit Truelle (1), « il faut se défier de ces soi-disant neurasthénies des syphilitiques, souvent on trouvera l'organicité et la gravité d'un état qui aurait pu être considéré comme purement fonctionnel. »

La syphilis cérébrale, même dans ses formes graves, est susceptible d'amélioration sous l'influence d'un traitement spécifique. Tous les auteurs sont d'accord et en font un signe certain pour la distinguer de la paralysie générale dont l'évolution est fatale. Aussi dans ces cas la question d'un diagnostic sûr et précoce est primordial. Seul l'examen du liquide céphalorachidien peut résoudre la question. La ponction lombaire sera donc le moyen le plus sûr pour prévoir et, par un traitement approprié, pour éviter cette affection démentielle syphilitique.

(1) Truelle. — In traité de Path. médic., Sergent, 1922.

Sicard (1) craint que la rachicentèse, violant la cavité méningée chez les syphilitiques secondaires, provoque l'ensemencement du liquide céphalorachidien par le tréponème, à la suite d'une effraction d'un vaisseau méningé par la piqûre de l'aiguille. Goubeau (2) a publié six observations de méningite syphilitique, à allure peu grave d'ailleurs survenant chez des malades bien traités à l'occasion d'une ponction lombaire : une seule fois la réaction d'Herxheimer a pu être mise en cause : il les attribué à l'action localisante du traumatisme.

Il semble que l'on doive suivre les règles posées par Ravaut (3), lorsqu'on a affaire à des malades qui consent à suivre un traitement rationnel : Si un syphilitique présente un trouble nerveux clinique, la ponction lombaire révélera s'il s'accompagne de méningite. Dans les cas où existent des troubles nerveux ou psychiques l'examen du liquide céphalorachidien indiquera si ces troubles se rapportent ou non à l'infection syphilitique. Quand un syphilitique ne présente aucun trouble nerveux, il est bon, vers la 4^e année du traitement de s'assurer de l'état de son système nerveux central, par la ponction lombaire. Après la 10^e année un symptôme clinique en général facilite le diagnostic. Enfin, en cas de troubles nerveux ou psychiques, d'origine mal déterminée, sans syphilis connue, une ponction lombaire permettra souvent de rapporter ces accidents à une syphilis latente ou méconnue.

(1) Sicard. Soc. de Neurologie, juillet 1920.

(2) Goubeau. Soc. de Derm. et syphyl. 1920.

(3) Ravaut. Pr. médicale. Oct. 1919.

CHAPITRE III

SYPHILIS ET PARALYSIE GÉNÉRALE

La paralysie générale fut considérée par Bayle (1) comme une entité morbide et il la décrivit sous le nom d'« Arachnitis ». Calmeil, en 1826, étudie les lésions de la paralysie générale qui se révèlent sous forme de-periencephalite diffuse chronique avec adhérences entre les méninges et les circonvolutions cérébrales. Requin, en 1846, ne la considère pas comme une folie essentielle et la désigne du nom de paralysie générale progressive.

A Fournier (1893) revient l'honneur d'avoir affirmé l'origine syphilitique de la paralysie générale. Par ses statistiques il établit, d'une part la fréquence d'accidents syphilitiques antérieurs chez les paralytiques généraux, d'autre part la fréquence indéniable de cette affection au cours de la syphilis et sa rareté au cours des autres maladies. De nombreux travaux vinrent compléter l'œuvre du Maître, établissant cliniquement l'origine syphilitique de la paralysie générale.

La découverte du *Treponema pallidum* par Schaudinn et Hoffmann en 1905, sa recherche dans l'encéphale par Noguchi et Moore (3) et plus tard par Levadité et A. Marie (4), l'étude des réactions biologiques décelant la

(1) Bayle. Sur l'arachnitis. Th. Paris 1822.

(2) Calmeil. La paralysie considérée chez les aliénés. Th. Paris 1826.

(3) Noguchi et Moore.

(4) Levadité et A. Marie.

présence du virus syphilitique dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux ont apporté la preuve de l'origine et de la nature syphilitique de la paralysie générale.

Cependant si la syphilis est considérée à juste titre, comme la cause indispensable de la paralysie générale elle n'en est pas la cause suffisante. Les facteurs psychopathiques que l'on trouve associés à la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux, le pourcentage de syphilitiques qui deviennent atteints de cette affection, l'allure des troubles mentaux que l'on observe dans la paralysie générale ont souvent été une cause de confusion dans la recherche de l'étiologie de la maladie.

Les causes prédisposantes de la paralysie générale n'ont pas toutes la même importance en clinique : les unes comme l'hérédité vésanique, les troubles constitutionnels de l'émotivité, l'influence du sexe, des races ne sont pas très déterminées ; d'autres au contraire : les traumatismes crâniens, les conditions sociales, le surmenage intellectuel ou physique, l'alcoolisme, les chocs émotionnels se retrouvent fréquemment dans les antécédents des paralytiques généraux.

Les traumatismes crâniens semblent favoriser l'évolution d'une paralysie générale déjà évidente ou seulement latente, mais ne paraissent jouer aucun rôle dans l'apparition de la méningo-encephalite progressive paralytique. Souvent aussi le traumatisme peut être consécutif à une chute due à un vertige chez un paralytique général, à la période de début.

On remarque dans les statistiques la proportion considérable de paralytiques généraux parmi les intellectuels.

Faut-il considérer la « cérébralité » comme une cause favorisante de l'éclosion de la paralysie générale : devant les statistiques, on ne peut nier l'importance de ce facteur dans l'étiologie de cette affection. Le surmenage physique dans son rapport avec la paralysie générale, a été bien étudié au cours de la guerre 1914-1918. Les fatigues de la guerre ne semblent pas avoir augmenté le nombre de paralytiques généraux. Benon (1) Mais par contre ont rendu plus rapide l'évolution de la maladie. (Douzain) (2).

L'influence des intoxications chroniques : alcoolisme, saturnisme, etc... et des chocs émotionnels est également indéniable, mais il est difficile de démêler dans tous ces facteurs psychopathiques la part de chacun d'eux.

Il est un fait cependant qui domine l'étiologie de la paralysie générale : c'est la petite proportion de syphilitiques qui deviennent paralytiques généraux. Des diverses statistiques, il ressort que sur 100 syphilitiques, 2 à 5 deviennent paralytiques généraux, suivant les milieux sociaux. D'autre part, il est d'observation courante, de rencontrer des malades atteints de syphilis, chez lesquelles on trouve de nombreuses causes prédisposantes : alcoolisme, surmenage, hérédité vésanique, etc .., qui ne deviennent pas paralytiques généraux.

La question de l'étiologie de la paralysie générale est encore bien incomplète, et si, il est certain qu'elle est due à l'action du tréponème sur l'encéphale, on ne peut

(1) Benon. — La Paralysie générale et la Guerre. Pr. médicale, 1921.

(2) Douzain. — Th. Paris, 1920.

encore préciser à la faveur de quel ou quel facteur prédisposant, il produira une paralysie générale.

S'accompagnant de signes somatiques : troubles pupillaires, tremblements fibrillaires, dysarthries, etc..., le trouble psychique qui caractérise la paralysie générale est la démence. C'est un affaiblissement global et progressif de l'activité intellectuelle, la mémoire surtout est déficiente, l'imagination est empreinte d'un puérilisme évident, l'attention est nulle, le sens moral et l'affectivité sont rapidement troublés, la désorientation dans le temps et l'espace est complète.

A ces troubles s'ajoutent : des états maniaques avec délire des grandeurs ; des états mélancoliques avec hypocondries et psychasténies, de la confusion mentale et des hallucinations sensorielles et cénesthésiques.

En somme, cliniquement, on admet que la syphilis est la cause primordiale de la paralysie générale, cependant il semble bien qu'elle ne suffit pas à elle seule pour déterminer cette affection. Sans doute on a voulu pour expliquer l'étiologie de la paralysie générale, distinguer avec Levadité et A. Marie les germes syphilitiques neurotropes, s'adaptant à la vie dans les centres encéphalomédullaires et des germes syphilitiques dermatropes, produisant les manifestations cutanées de la syphilis ; sans doute, Sézary (1) pense plutôt qu'il faut tenir compte du milieu dans lequel évolue les lésions : au niveau de la substance cérébrale, les treponèmes pouvant « s'adapter, pulluler, déterminer enfin des lésions qui seront atypiques, puisqu'elles échappent au

(1) Sézary. — Rev. neurolog., 1920

facteur humoral qui régit les modalités classiques du processus syphilitique » ; le problème des causes de la paralysie générale n'est pas encore complètement élucidé.

CHAPITRE IV

TABÈS ET TROUBLES MENTAUX

Romberg, 1840-1857, fit l'étude clinique du tabès-dorsalis, qui fut complétée par les travaux de Duchenne, de Boulogne (1858) sous le nom d'Atasie locomotrice progressive. C'est une névrite radiculaire avec sclérose des cordons postérieurs de la moelle, considérée par Fournier, 1875, d'origine syphilitique et reconnue, depuis lors, due à l'action du Tréponème de Schaudinn. Le tabès est donc une maladie nerveuse, se caractérisant cliniquement par de l'incoordination des mouvements et des troubles sensitifs et sensoriels, au cours de laquelle on peut observer toute une série de troubles psychiques, dont la nature et l'étiologie ne sont pas facile à déterminer.

Il existe tout d'abord tout un groupe de troubles mentaux, qui peuvent survenir chez un tabétique, soit incidemment, soit à l'occasion de son affection, mais qui ne sont pas en rapport direct avec elle. Telles sont les psychoses dues à des intoxications exogènes : alcoolisme, hydrargyrisme, morphinisme, etc. Telles sont également ces manifestations mentales survenant, selon l'avis de la plupart des auteurs, à l'occasion des troubles sensitifs, sensoriels et cénesthésiques du tabès : comme la stasophobie et l'agoraphobie, en rapport avec l'altération du sens de l'équilibre ; comme

ces idées lipémaniaques et de persécution particulièrement signalées par Léry (1) au cours du tabès amaurotique : comme ces délires de persécution, hypocondriaque, mélancolique, si fréquemment observées dans le tabès. Tous ces troubles ne sont qu'indirectement en rapport avec la syphilis, et ne sont au cours du tabès que des coïncidences, des épiphénomènes.

Par contre, dans le tabès, on peut observer des troubles mentaux qui semblent en rapport direct avec l'affection et que Rougier (2) a étudiés sous le nom de « psychose tabétique ». Ce que l'on observe surtout c'est un syndrome paralytique. En effet, s'accompagnant de psychoses : délire mégalomane, délire de persécution, idées hypocondriaques, on observe au début un certain déficit intellectuel avec embarras de la parole, qui évolue vers un affaiblissement de plus en plus profond des facultés intellectuelles, au point que plusieurs auteurs avec Dieulafoy (3) ont pu décrire une « folie tabétique » (3). Dans ces cas la question se pose : sommes-nous en présence d'un tabès se compliquant de paralysie générale, ou d'une paralysie générale tabétiforme évoluant normalement vers la démence paralytique ?

Rougier (2) admet la possibilité des troubles mentaux chez les tabétiques en raison de la loi d'évolution du tabès, de son maître, Pierret (4). Celui-ci en effet pense que les troubles mentaux des tabétiques sont dus à la propagation jusqu'au cortex, en restant localisée aux appa-

(1) Léry. Cécités et tabès. Th. Paris, 1904.

(2) Rougier. Th. Lyon, 1882.

(3) Dieulafoy. Manuel de Path. int., 16^e Ed.

(4) Pierret. Cong. de méd. mentale, Blois, 1892.

reils de la sensibilité, de la sclérose des racines et des cordons postérieurs. Par contre beaucoup d'auteurs pensent qu'il n'y a pas de troubles mentaux du tabès, mais que dans ces cas, l'on se trouve en présence d'une paralysie générale. P. Marie, (1), Nageotte (2) n'admettent pas l'existence de troubles mentaux propres au tabès : ce dernier écrivait : (2) les moindres troubles cérébraux que l'on observe chez les tabétiques, doivent être mis le plus souvent sur le compte d'une paralysie générale : car, tant que le cerveau n'est pas altéré, les douleurs ne sont pas interprétées faussement, les illusions ne trompent pas le malade, et cette altération du cerveau, c'est la méninge-encéphalite diffuse », De même, Dupré (3) écrit : « lorsqu'il ne se complique pas de paralysie générale, le tabès évolue presque toujours sans troubles intellectuels ». Marius et Hollander (4) ont également publié le cas d'une malade tabétique chez laquelle ils trouvèrent, à l'autopsie, des lésions de paralysie générale. A l'heure actuelle, il est bien difficile d'affirmer que le tabès puisse se compliquer de paralysie générale, car souvent, on peut confondre un tabès, avec une paralysie générale tabétiforme.

Enfin on peut voir chez des tabétiques se développer un état d'asthénie général, qui se complique parfois d'un état asthénomaniaque. Dans ces cas l'asthénie physique et l'asthénie psychique peuvent être profondes et font souvent penser à une paralysie générale à son

(1) Pierre Marie. Tr. de Path. mentale 1892

(2) Nageotte. Th. Paris, 1893.

(3) Dupré. Tr. de Path. mentale, Paris 1903.

(4) Marius et Hollander. Psych. tabétiq. Bull. Soc. Med. Ment. de Belgique, 1908.

début, surtout lorsqu'elles se compliquent de manie. Ici, pour pouvoir penser à une paralysie générale, il importe de constater en même temps l'état mental propre paralytique.

CHAPITRE V

STATISTIQUES, SYPHILIS ET ALIÉNATION MENTALE

Les statistiques sur la syphilis et l'aliénation mentale sont rares : nous en avons recherchées le plus possible, et nous publions quelques statistiques régionales.

Fournier. — De la syphilis du cerveau, 1879.

Sur 4.400 malades atteints de syphilis, a observé :

Syphilis du cerveau.....	758
Accidents cérébro spinaux	29
Monoplégie	6
Syphilis de la moelle.....	135
Tabès.....	631
Tabès cérébro spinal.....	45
Paralysie générale	83

Sakaki. — Bulletin de l'Académie de Médecine, mars 1905. A observé, en 1889, à l'asile municipal de Kioto, sur 730 malades aliénés, 12 paralytiques généraux, soit 1,64 0/0. Mais, actuellement, d'après Sazo Uybara, délégué du Japon à la Société de Neurologie, juillet 1920, les psychoses en rapport avec la syphilis augmentent.

Magnan. — Bulletin de l'Académie de Médecine, mars 1905. A observé, en 1903, à l'hôpital Sainte-Anne : sur 3.598 malades, 450 paralytiques généraux, soit 45 0/0.

Raviart, Breton et Petit. — Aliénation mentale et réaction de W. Pr. méd. 1908 donnent le tableau suivant :

	Pourcentage de R. W. dans le sérum	
Paralyisie générale...	93	%
P. G. et Tabès.....	100	%
Tabès.....	100	%
Idiotie avec épilepsie.....	36	%
Idiotie.....	34,4	%
Imbécilité avec épilepsie.....	40	%
Imbécilité	30,1	%
Démence organique.....	30,7	%
Démence sénile.....	60	%
Démence précoce.....	26,3	%
Epilepsie.....	16,1	%
Démence vésanique.....	0	

Roubinovitch et Levaditi. — Gazette Hop. juin 1909.
Dans la démence précoce 20 % de réactions de B. W. positives dans le sérum.

Mackensie. — Directeur de l'asile d'aliénés d'Écosse.
Sur 786 malades aliénés à observé : 221 paralytiques généraux.

25 % des malades en dehors des P. G. présentent des altérations du sérum.

Soukanoff. — Annales Med. Psych., 1911.

Dans la démence précoce, la Réaction de B. W. est positive dans 25 % des cas.

Herman et d'Hollander. — Acad. de médecine de Belgique 1912.

Sur 177 cas d'aliénation mentale à l'asile de Mons, la réaction de B. W. fut positive dans 26,47 % des cas : Pour la P. G. 40,32 % furent positifs.

Sichel. — Arch. für Psych. 1913.

Chez les aliénés juifs a trouvé la syphilis dans :

3,6 %	des cas de 1861-1870
20,9 %	— de 1871-1880
17,9 %	— de 1881-1890
17,5 %	— de 1891-1900
11,9 %	— de 1901-1910

Mattauschek et A. Pitz. — Bekämpfung des Geschlechts Krankheiten, 1914.

Sur 4.134 cas d'aliénation mentale a observé :

La Paralyse générale dans 4,76 % des cas.

Le Tabès dans 2,73 % des cas.

Vedder et Hough. — J. of. the american méd. associat. 1915.

Sur 1.283 cas d'aliénation mentale, a trouvé rarement la syphilis chez les femmes blanches ; chez 20 % des hommes blancs : 80 % des hommes internés sont syphilitiques. 10 % des cas de folies sont directement imputables à la syphilis.

Samuel T. Oston. — Méd. and Surgical J. 1916.

Sur 4.700 aliénés de l'hôpital de Massachusets, a trouvé :

450 paralytiques généraux ;

10 % des cas de démence imputables à la syphilis.

Baldwing Lucke. — The J. of. nerv. and ment. Diseases. 1916, a observé :

355 tabétiques hommes sur 4.322 malades nerveux.

91 tabétiques femmes sur 2.056 malades nerveuses.

R. Benon. — Presse médicale 1921.

Quartier des aliénés de l'hospice général de Nantes, a publié la statistique suivante :

1912. Entrées à l'asile :	171	—	P. G. 22,	soit 12,85 %
1913.	—	183	— P. G. 28	— 15,30 %
1914.	—	245	— P. G. 32	— 13,06 %
1915.	—	232	— P. G. 33	— 14,22 %
1916.	—	224	— P. G. 29	— 12,94 %
1917.	—	230	— P. G. 33	— 14,34 %
1918.	—	210	— P. G. 32	— 15,23 %
1919.	—	230	— P. G. 27	— 11,73 %
1920.	—	191	— P. G. 15	— 7,85 %
1921 (1).	—	179	— P. G. 17	— 9,15 %

R. Benon. — Presse médicale 1921.

Quartier des aliénés de l'hospice général de Nantes et centre de psychiatrie militaire de la XI^e région.

Sur 5.000 malades a observé :

Paralytiques généraux....	463	soit 9,26 %
Tabès et troubles mentaux.....	17	soit 0,34 %
Démence organique syphilitiques.	15	soit 0,30 %
Asthénie syphilitique...	5	soit 0,10 %

M. Damaye (2). — Des asiles publics d'aliénés de la Vendée, a bien voulu nous communiquer sa statistique :

7 Paralytiques généraux sur 512 malades. L'absence de laboratoire ne permettant pas une étude approfondie.

Baruk (2, directeur médecin-chef de la maison de santé de Ste-Gemmes-sur-Loire. Rapport médical 1920.

Sur 249 malades entrés à la maison de santé au cours de l'année, 7 fois la syphilis est nettement en cause, 173 fois, il est vrai, l'aliénation mentale est de cause inconnue.

(1) Statistique inédite du quartier des aliénés de l'hospice général de Nantes.

(2) Statistiques inédites dues à l'obligeance des médecins-chefs.

Salomon Jean (1), médecin-chef de l'asile public de Lesvellec (Morbihan).

Du 1^{er} janvier au 1^{er} novembre 1922, il est entré à l'asile 358 malades : parmi eux 16 étaient syphilitiques avérés, se groupant au point de vue mental comme il suit :

- 4 paralytiques généraux avec examens de laboratoires positifs;
- 4 paralytiques généraux, diagnostiqués cliniquement;
- 7 psychoses hallucinatoires ;
- 1 paralytique général possible.

Lucien Lagriffe (1), médecin - chef des asiles de Quimper :

Sur 210 malades de avril 1902 à décembre 1921 :

63 paralytiques généraux.

En outre la syphilis existait cliniquement :

Dans deux cas de psychose alcoolique ;

Dans un cas de délire maniaque ;

Dans un cas de dégénérescence ;

Dans un cas de raptus confessionnel.

Du 1^{er} juin 1921 au 26 octobre 1922, sur 259 malades examinés au point de vue de la syphilis clinique et par les méthodes de laboratoires : 21 fois à la syphilis a été décelée par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

(1) Statistiques inédites dues à l'obligeance du D^r Salomon, de Vannes et du D^r Lagriffe, de Quimper.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Nous n'apportons que deux observations nouvelles dont une personnelle. Etant donné la longueur de ce travail, nous n'avons pas cru devoir en placer d'autres déjà publiées, en regard de ces observations.

OBSERVATION I

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, Novembre 1922.

R. BENON

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes

Résumé de l'Observation. — Soldat, 42 ans, syphilis à 25 ans. A 40 ans, apparition après surmenage d'un état neurasthénique bien caractérisé : asthénie musculaire, asthénie mentale, troubles digestifs, constipation, céphalée, rachialgie, etc... Cessation de tout travail, durant 1 an. Mobilisé le 3 août 1914, toujours déprimé. Aggravation de l'état nerveux. Réformé n° 2 en septembre 1914. Repris en 1915, non guéri, secrétaire de bureau jusqu'en janvier 1919. Persistance de l'asthénie générale en 1920. Traitement antisypilitique sans action. Bordet Wassermann positif sur le sang. Examen du liquide céphalo rachidien négatif.

Ouq... Eugène, 42 ans, employé d'assurance, soldat de la n° section des C. O. A. entre à l'H. M. B. le 16 septembre 1914.

Histoire Clinique. — Le soldat O... a contracté la syphilis

à 25 ans, en 1897. Il s'est toujours traité depuis cette époque, mais assez irrégulièrement et sans méthode.

En 1911-12, il se surmène dans sa profession ; le soir chez lui, il fait du travail supplémentaire et veille jusqu'à une heure avancée de la nuit. Petit à petit il sent ses forces s'en aller, il a des maux de tête et de reins ; l'appétit diminue, il maigrit considérablement. Le traitement spécifique, les médicaments fortifiants restent sans action.

A la fin de 1912, il présente une crise de céphalée intense, atroce. Il était sorti, le matin, pour se promener ; à un moment, il ressent un coup terrible dans la tête ; il peut gagner un banc, mais les jambes sont lourdes, comme paralysées ; il ne perd pas connaissance ; au bout d'une heure, il rentre chez lui, seul (ni hémiplégie, ni hémiparésie). Il s'alite et reste environ un an en traitement. Le repos à la campagne, — mieux que tout autre médication, — l'a soulagé et partiellement rétabli : il ne se levait que quelques heures dans la journée ; il était abattu, anéanti, courbaturé au moindre effort ; ses idées étaient embrouillées, confuses, la mémoire lui manquait, etc...

Il exprimait des idées de suicide. En février et en avril 1913, il eut deux crises de céphalalgies terribles, analogues à celle de décembre 1912.

A la fin de 1913, il commence à retourner quelques heures à son bureau, puis fut nommé inspecteur d'assurances, travail facile, au grand air ; prudent, il se faisait accompagner dans ses tournées par sa femme. Les phénomènes d'asthénie générale persistaient nettement.

Lors de la mobilisation, il rejoint son corps. Les émotions douloureuses et variées de la guerre aggravent très vite son état ; il éprouve de violents maux de tête et de reins ; il a des digestions pénibles ; il se sent brisé, accablé ; la tête est vide, il ne dort pas. Reconnu malade, il est hospitalisé et évacué d'une région du Nord sur l'arrière.

État actuel 17 septembre 1914. — L'examen physique ne révèle pas de lésion organique. Les pupilles sont égales et ne présentent pas le signe d'Argyll-Robertson. On note quelques tremblements fibrillaires de la langue, mais pas de dysarthrie spontanée, ni provoquée. Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs. L'état somatique général est satisfaisant ; le patient a plutôt de l'embonpoint.

Au point de vue névropathique, on constate un syndrome asthénique ou neurasthénique bien caractérisé : amyosthénie, sentiment de faiblesse générale, fatigabilité, besoin de repos, anidéation, amnésie, confusion dans les souvenirs, sensation de vide dans la tête, avec céphalée, rachialgie, étourdissements, insomnie, asthénie gastro-intestinale.

Le malade accuse des tendances mélancoliques, il est désolé de voir l'état de faiblesse où il se trouve ; par moment, il est en proie au dégoût de la vie, il se sent poussé au suicide. Il est très irritable, très impressionnable : un rien le contrarie ou l'inquiète d'une manière excessive. Il n'exprime pas d'idée délirante d'ordre mélancolique ni d'ordre hypocondriaque.

L'analyse psycho clinique ne permet pas d'établir qu'il existe chez le patient de la démence, c'est-à-dire, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, même un affaiblissement léger. Le sujet est conscient de son état maladif, il s'en affecte vivement, mais d'une manière rationnelle ; il regrette ses emportements, ses sautes d'humeur et s'en explique sensément. L'entourage également ne révèle aucune manifestation psychique suspecte.

La réaction de Bordet Wassermann s'est montrée positive sur le sang et négative sur le liquide céphalo-rachidien, ce dernier en outre, examiné au point de vue de l'albumine et de la lymphocytose était normal. Il n'a été fait qu'une seule étude du liquide céphalo-rachidien. Le malade n'a pas suivi de traitement mercuriel depuis environ onze mois.

Antécédents. — Son père, âgé de 69 ans, est bien portant.

Sa mère, 67 ans, a été tourmentée par des idées noires durant trois ou quatre mois lors de son retour d'âge à 49 ans : elle a mis au monde onze enfants : cinq sont morts en bas âge, entre trois mois et un an ; un ou deux auraient eu des convulsions. Un frère du malade est affecté de scoliose, une sœur de tuberculose intestinale. Pas de cas d'aliénation mentale dans la famille.

Le soldat O... n'a fait aucune maladie grave ni dans l'enfance ni dans la jeunesse. Il a obtenu son certificat d'études primaires et a pris un emploi dans les bureaux, chez un notaire, puis chez un banquier. Il a servi dans l'active pendant un an. Marié à 29 ans, il n'a eu de sa femme qu'un enfant, vivant actuellement âgée de 6 ans et de santé délicate ; sa femme avait mis au monde, auparavant, deux enfants morts-nés.

Evolution. — Nous avons pu suivre le malade pendant plusieurs années :

29 septembre 1914. — Il est réformé n° 2 et rentre dans sa famille.

Mars 1915. — Son état est stationnaire : l'asthénie générale est toujours nette. Un traitement à l'iodure de potassium n'a donné aucun résultat.

Mai 1915. — Déclaré bon pour le service, il a été versé dans le service armé.

Décembre 1915. — Après examen spécial, il est affecté aux services auxiliaires et classé secrétaire de bureau.

Janvier 1919. — Libéré à cette époque, il n'a jamais cessé ses fonctions de copiste. Quoique toujours asthénique, il faisait son travail, peu pénible, il est vrai.

Avril 1920. — Il a repris son emploi d'inspecteur d'assurances ; l'asthénie n'a pas disparue ; mais il ne se sent plus poussé au suicide, il accepte son sort. Il mène une vie calme et régulière à la campagne. Le moindre surmenage, la moindre émotion l'abat pour plusieurs jours.

OBSERVATION II

PERSONNELLE

*Recueillie dans le service de Psychiatrie de l'Hôpital militaire
Broussais, Nantes, (D^r Benon)*

H... Firmin, 42 ans, gendarme à Guilvinec, canton de Pont-Labbé (Finistère).

Entré à l'hôpital militaire de Broussais, dans le service du médecin-major Grenier, le 3 avril 1922, venant du C. S. R. de Quimper.

Né le 20 octobre 1879.

A. H. — Père vivant, âgé de 82 ans ; très solide, il travaille encore sa terre. Pas de maladie.

Mère, morte en 1915, à l'âge de 69 ans, d'un cancer ? N'avait jamais été malade.

Treize frères et sœurs. Dix sont morts, paraît-il, de tuberculose pulmonaire. Deux frères et une sœur vivants et bien portants.

A. P. — Rougeole à l'âge de 2 ou 3 ans. Enfance pénible : il a fait la pêche en mer jusqu'à l'âge de vingt ans et « celà le fatiguait beaucoup ».

Marié en 1915, sa femme n'a pas eu de fausse couche. Il a deux enfants ; un petit garçon, âgé de 5 ans 1/2 et une petite fille de 4 ans, bien portants.

Copie du folio sanitaire. — Détachement de la réunion

Du 20 août au 27 août 1908, malade à la chambre pour une fièvre endémique dans la région.

Brigade de Sainte Suzanne

Du 22 septembre au 30 novembre 1911, il est soigné à la chambre pour une pelade.

Du 3 juin au 16 juin 1912, il est soigné chez lui pour des rhumatismes ; le 17 juin, il entre à l'hôpital ou il reste jusqu'au 30 août 1912.

Du 3 janvier au 8 février 1913, il est encore hospitalisé pour des rhumatismes.

Du 30 mars au 3 avril 1913, légère plaie du pied qu'il soigne chez lui.

Brigade Saint Denis

Du 4 avril au 9 avril, il se fait soigner chez lui pour une lymphangite, étrangère au service.

Du 24 février au 28 février 1914, embarras gastrique.

Du 7 mars au 22 avril, il est hospitalisé pour des névralgies et de l'anémie.

Brigade de Saint Renan

Du 10 au 29 juin 1919, se soigne à la chambre pour embarras gastrique fébrile.

En octobre 1919, il reste 20 jours au lit pour une grippe grave

Du 2 avril au 12 avril 1920, on le soigne à la chambre pour du paludisme.

Poste de Guilvinec (Morbihan)

Du 20 septembre au 1^{er} octobre 1920, reste à la chambre pour une entérite dysentérique avec mauvais état général. Depuis quelque temps il était souffrant, s'étant plaint particulièrement le 9 octobre au soir, il a été visité le 10 au matin par le D^r Leguinec.

Du 10 octobre au 1^{er} décembre 1921, il est hospitalisé avec le diagnostic suivant : syphilis, anémie cérébrale et neurasthénie très prononcées.

Au 1^{er} avril 1922, il est hospitalisé : son bulletin d'entrée porte : anémie cérébrale ; dépression morale et physique prononcée. Alité.

Copies certifiées conformes :

Quimper, le 1^{er} Avril 1922.

Le capitaine RUEL, commandant l'arrondissement.

Feuille d'observation. — Hôpital Broussais

Diagnostic d'entré : anémie cérébrale, dépression physique et morale prononcée

A. P. Rougeole à 2 ou 3 ans. Comme gendarme, contracte une fièvre ? à la Reunion ; sans doute paludéenne : il aurait eu plusieurs accès en 1908. Douleurs rhumatoïdes en 1911-1912. Embarras gastrique en 1914. Rentré en France. Marié en 1915. En 1919, embarras gastrique, accès de paludisme. En 1921, entérite dysentérique. Pas d'alcoolisme.

A contracté la syphilis, le 13 juillet 1906 à Paris : entré à l'infirmerie de la Garde Républicaine, il y est resté 60 jours, et fut soigné par des frictions mercurielles et des injections d'huile grise. Depuis l'apparition du chancre, il se serait traité tous les ans par des injections de Benzoate de Hg : les dernières remontent à novembre 1921.

Il a toujours bien fait son service jusqu'au début d'octobre 1922, où il constate qu'il rassemble moins facilement ses idées, qu'il saute des mots en écrivant, que sa mémoire a notamment diminuée. Il note qu'à un moment, il avait un peu de difficultés à la lecture. Depuis quelque temps, le sommeil est moins bon, traversé de rêves. Il avoue une impuissance génitale assez marquée ; n'a pas de désirs. Quand il a été nommé chef de poste en 1920, il a été très ennuyé.

Actuellement, état général bon : pas de fièvre, pas de trouble de la motricité, ni de la sensibilité, ni du sens musculaire, Pas de tremblements. Réflexes patellaires abolis, Argyll positif, Babinski normal, comme les réflexes cutanés, Romberg positif. Pas de crises, mais présenterait des douleurs névralgiques à allures fulgurante.

Histoire de la maladie. — Le début fut lent. Le 2 octobre 1921, il consulte un médecin pour maux de tête : puis le 11 octobre entre à l'hôpital pour « entérite dysentérique,

avec mauvais état général ». Mais à cette époque ce n'était pas comme maintenant, dit-il. Pour lui, ce sont les écritures qui l'ont réduit dans cet état ; il était, comme chef de poste, obligé de faire beaucoup d'écritures (1920-1921) : « Je faisais ce travail très difficilement, parce que je n'avais pas assez d'instruction : quelquefois, je devais veiller, le soir ». « J'ai été jusqu'au bout, j'attendais toujours la guérison qui ne venait pas ».

Le 3 avril 1922, il entre à l'hôpital Broussais, venant du C. R. S. de Quimper.

Examen. — Les sourcils sont contractés. Le malade se plaint, d'avoir la tête lourde, de souffrir de rachialgie. Il a des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles ; éprouve dans la gorge, comme un picotement, comme une sensation de chaleur. Ses digestions sont difficiles ; pas de constipation, plutôt un peu de diarrhée.

Réflexes achilléens : abolis à gauche ; faibles, mais conservés à droite.

Réflexes plantaires : nul des deux côtés.

Réflexes rotuliens : plus faible à droite qu'à gauche.

Douleurs en éclairs dans les jambes.

Quelques troubles sphinctériens : il est obligé d'attendre pour uriner.

Pupille droite plus grande que la gauche : Signe d'Argyll-Robertson positif.

Douleurs fulgurantes, mal localisées, depuis plus de dix ans, dit-il.

Diagnostic à l'entrée : Tabès et syndrome asthénique.

Le 4 avril 1922. — Examen oculaire.

Les pupilles sont en myosis avec signe d'Argyll. Robertson positif.

Parésie du droit externe : le sujet n'accuse pas de diplopies ; mais le parcours en dehors de l'œil droit est limité nettement, avec secousses nystagniformes dans le segment latéral droit.

Rien par ailleurs : fond d'œil normal, vision normale.

Le 6 avril 1922. — Examen eu liquide cypalo rachidien.

Hyper albuminurie, 0 g. 60 à 0 g. 65. Sucre normal.

Chlorure, 7 g. 90 par litre.

Urée, 0 g. 37.

Lymphocytose. Bordet-Wassermann positif. Réaction du benjoin colloïdal positive.

Le 12 avril 1922. — Le malade n'a pas eu de céphalée après sa ponction lombaire. Il déclare que le repos lui fait beaucoup de bien.

Le 13 avril 1922. — La réaction de Bordet-Wassermann, est positive sur le sang.

Le 17 avril 1922. — Zona hemithorax gauche.

Le 26 mai 1922. — On ne note pas d'amélioration, plutôt une aggravation du syndrome d'asthénie, malgré un traitement spécifique.

Le 26 mai 1922. — Sa femme vient le voir avec ses enfants.

Elle déclare que son mari se plaint d'asthénie, depuis 2 ou 3 ans ; depuis 1921 surtout, époque à laquelle elle devient obligée de relire tous ses rapports car souvent il oublie des mots, répète des phrases. Sa mémoire, à cette époque, devient déficiente : parfois il ne se souvient plus des personnes qu'il a connues. Son appétit était très diminué. Il causait moins volontiers, était triste, ne voulant plus sortir, ni voir personne.

La maladie de son mari remonte, d'après elle à octobre 1919 (date précisée depuis par une lettre au Dr Grenier) époque à laquelle, il a contracté une grippe grave, avec grosse asthénie, et au cours de laquelle, il s'est cru perdu, se croyant atteint de tuberculose. Et puis, depuis un an surtout, il s'était beaucoup surmené, toujours pressé, prenant à peine le temps de manger, toujours au bureau pour ses écritures, ou en tournées.

Aujourd'hui, elle trouve que son aspect ne semble pas changé. Depuis sa maladie, il n'a jamais été très expansif, supportant même difficilement la présence de ses enfants dont il s'occupait beaucoup. En les voyant aujourd'hui, il s'est mis à pleurer, mais ne s'est guère occupé d'eux.

Le 27 mai 1922. — On note que la dépression a augmenté depuis le traitement. Le malade est alité d'une façon continue.

Le 23 juin 1922. — Le malade a reçu 20 injections de Benzoate de mercure, et 20 injections de Biiodure de mercure. On a pratiqué aussi 4 injections de 0 g. 30 de néosalvarsan, qui ont été abandonnées par suite de l'aggravation de l'asthénie. La dernière piqûre a eu lieu ce jour, nous examinons le malade ce jour, en vue d'un diagnostic précis.

Le malade ne présente pas d'affaiblissement intellectuel : il répond bien aux questions qu'on lui pose, sait fort bien où il est, se rappelle assez bien les diverses étapes de sa maladie et se rend bien compte de son état. Il est capable de faire assez vite et correctement un calcul simple, son écriture est régulière et bien formée.

Pas de dysarthrie.

On observe toutefois quelques troubles de la mémoire, quoique le malade arrive à préciser assez correctement les principaux faits et dates de son existence, on se rend compte qu'il est obligé de réfléchir un instant, de faire un effort intellectuel, parfois, même si pénible que le malade se fatigue et se désespère de rassembler ses souvenirs.

H... se plaint surtout de ressentir une grande fatigue physique et morale : le bruit, la fatigue, lui fait mal à la tête, au niveau de l'occiput. Il ne peut marcher, à peine faire quelques pas tant il se sent faible, cependant on ne trouve rien du côté de la musculature, et on n'observe pas du dérobement des jambes. Il dit aussi ressentir des douleurs, des craquements dans les

membres sans pouvoir les localiser, mais qui lui passent comme des éclairs.

Son émotivité est exagérée : quand on lui parle de sa maladie ou de sa famille, il pleure facilement.

H... voudrait retourner chez lui, car il « s'ennuit » beaucoup à l'hôpital, cependant il déclare qu'il n'a pas à se plaindre du régime et avoue que depuis longtemps il est « sombre » et que même chez lui il est en proie à des « crises d'ennuis ».

L'état général est bon : le malade mange bien, son sommeil est bon. Pas de fièvre, sauf une petite réaction de quelques dixièmes de degré après les injections de Néo.

Pas d'hallucinations.

Réflexes achilléens : abolis à gauche, faible à droite.

Réflexes médioplantaires : à droite nul, à gauche nul.

Réflexes rotuliens : à gauche normal, à droite diminué, plus diminué sur le bord externe du tendon que quand on le cherche sur le bord interne ou sur le milieu.

Pas de tremblement de la langue.

Un peu de tremblement des mains sans caractère.

Pupille gauche légèrement plus grande que la droite.

En somme, les signes cliniques : réflexes rotuliens abolis, Argyll Robertson positif, douleurs fulgurantes, et les réactions biologiques : Bordet-Wassermann positif dans le sang et dans le liquide céphalo rachidien, hypéralbuminose sans hyperglycose, lymphocytose, réaction au benjoin colloïdal, posent le diagnostic de Tabès.

D'autre part, les troubles psychiques : diminution de la mémoire, hypérémotivité, asthénie intellectuelle et musculaire, préoccupations hypocondriaques, sans délire posent le diagnostic du syndrome « neurasthénique ».

Cet état asthénique est-il le premier symptôme d'une paralysie générale évoluant chez un tabétique ? ou signe d'une paralysie

générale tabéti forme de Fournier ? ou simplement un état asthénique consécutif à un surmenage ou même à la grippe chez un tabétique ?

Autant de questions que la clinique, même avec l'aide du laboratoire, ne peut résoudre pour l'instant.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis acquise, à sa période secondaire, peut produire, seule, ainsi que toutes les autres maladies infectieuses et toxi-infectieuses, des délires hallucinations aigus ou subaigus, de la confusion mentale, des phénomènes d'ordre asthénique et très probablement des phénomènes asthéo-maniaques, mais tous ces faits sont relativement rares, sauf les accidents dépressifs ;

II. — La syphilis acquise, associée à d'autres causes : alcoolisme, dégénérescence, etc., peut produire les mêmes troubles, mais leur symptomatologie est plus riche et leur pronostic plus grave :

III. — La syphilis cérébrale, caractérisée par *un affaiblissement partiel des facultés intellectuelles*, est d'observation assez courante, on peut admettre cliniquement qu'il existe une pseudo-paralyse générale syphilitique, mais celle-ci est bien différente de la paralysie générale progressive, par ses caractères cliniques (affaiblissement global des facultés psychiques) et surtout par son évolution ;

IV. — La paralysie générale est, suivant l'avis de la très grande majorité des auteurs, d'origine syphilitique, mais il ne semble pas que la syphilis puisse à elle seule déterminer cette affection. On sait que 5 % seulement des syphilitiques deviennent des paralytiques généraux ;

V. — Les troubles mentaux que l'on observe au cours du tabès n'indiquent pas forcément que cette affection évolue vers la paralysie générale ;

VI. — D'après les statistiques que nous avons pu recueillir, il semble que la syphilis doive être regardée comme la cause primordiale de l'aliénation mentale dans 10 % des cas environ. Elle paraît, pour l'instant, aussi importante que l'alcoolisme dans la production des maladies psychiques.

Le Président de la Thèse,

HENRI CLAUDE.

Vu :

Le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD. — Un cas d'ataxie locomotrice avec troubles intellectuels. *Encéphale*, 1887.
- AUDRY et LAVAU. — *Ann. derm. et syph.*, 1914-15.
- BALLET, GILBERT. — Sur les rapports du tabès et de la P. G. *Soc. méd. Hop.*, 1892.
— Des rapports du tabès avec la P. G. *Soc. méd. Hop.*, 1892.
— *Traité de path. mentale*, 1903.
— Excès de mélancolie prémonitoire de P. G. *Bulletin méd.*, 1911.
- BABONNEIX et DAVID. — Syphilis nerveuse avec troubles mentaux. *Rev. neur.* 1917.
- BABONNEIX. — *In traité path. méd.* 1921.
- BARBÈS. — Troubles mentaux de la syphilis. *Pres. méd.*, 1920.
- BARNÈS. — The psychoses associated with tabès dorsalis. *J. Missouri*, 1915.
- BAYLE. — Recherches sur l'arachnitis chronique. Paris, 1822.
- BENON. — La forme asthénique de la P. G. *Rev. méd.*, 1913.
— L'amnésie dans la P. G. *Gaz. Hop.*, 1911.
— Syphilis et pathologie mentale. *Journ. Prat.*, 1922, avril.
— Neurasthénie et syphilis. *Ann. derm. et syph.*, nov. 1922.
- BEAUVALLET. — Alcoolisme chronique et P. G. *Bordeaux*, 1910-1911.

- BIANCONE. — Meningo encephalite syphilitique. Rev. sperimentale di Freniatria, 1909.
- BISGAARD. — Contribution au diag. différentiel entre la P. G. et la syphilis cérébrale. Ugestrift f. Laeger, 1912.
- CHASLIN. — Éléments de semiologie et clin. mentale. Paris, 1912.
- CLARK. — Classification clin. de la P. G. des aliénés. J. of nerv. and mental, Discases, 1912.
- CLAUDE. — La meningo-encéphalite aiguë des tabestiques. Encéphale, 1912.
— Tabès et troubles psychiques. Rev. gén. de clin. et de thér. Paris, 1913.
- CLAUDE et LÉVY VALENSI. — Syphilis cérébrale avec lésions multiples. Encéphale, 1910.
— Soc. de psych., février 1911.
- DAMAYE. — P. G., ses rapports avec les psychoses toxiques. Prog. méd., 1912.
- DESRUELLES. — Contrib. à l'étude clin. des troubles mentaux chez les tabétiques. Lille, 1911.
- DUPRÉ. — In traité de path. mentale de Ballet, 1903.
— Diagnostic différentiel entre la démence paralytique et les autres formes de démences acquises. Cong. int. psych., Amsterdam, 1907.
- FALRET. — Recherches sur la folie paralytique. Paris, 1853.
- FOURNIER. — La syphilis du cerveau, 1879.
— Des troubles psychiques dans la période préataxique du tabès, Gaz. Hop., 1884.
— Les affections parasymphilitiques, 1894.

- FOURNIER. — Le suicide dans la syphilis. Pr. méd., 1903.
- GAUCHER. — Diverses formes de la syphilis des centres nerveux. J. de Méd., Chir. pratiq., 1907. *
- GENTILE. — Rapport entre le tabès et la P. G.. Ann. clin. mal. ment. et nerv., 1909.
- Névropathies et psychopathies syphilitiques. Riv. italiana di neur. psych., Eretrot, 1910.
- GORDON. — Syphilis dans ses relations avec les mal. nerv. et ment.. Month. cyclop. and méd. Bul., 1909.
- GRUET. — Etud. clin. sur les troubles intellectuels dans l'ataxie locomotrice progressive. Paris, 1882.
- HAGELSTEIN. — De la folie parasymphilitique. Nancy, 1894.
- HENDERSON, — Diagn. de la syphilis cérébrale. Rev. of Neurol. and Psych., 1911.
- JACQUIN. — Les syphilopsychoses. Lyon, 1899.
- JALLET. — Contrib. à l'étude des troubles psych. au cours des périodes secondaires et tertiaires. Paris 1911.
- JEANSELME et CHEVALIER. — Recherches sur les ménin-gopathies secondaires. Rev. méd. 1912.
- KARPAS. — Syphilis cérébrale. The J. of nerv. and mental, Diseases, 1911.
- KLIPPEL. — Paralysie générale. Lésions et symptômes spinaux. Formes spinales. Arch. de méd. exp., 1894.
- Le tabès d'après les travaux du prof. Pierret. Rev. de Psych., 1897.
- Tabès et mégalomanies. Soc. méd. psych., 1912.

- KREBS. — Neurasthénie et syphilis. *Ann. Derm. et syph.*, 1914-15.
- LAIGNEL LAVASTINE, KAHN et BENON. — *Soc. Psych.*, 1911.
- LAIGNEL LAVASTINE. — Les démences syphilitiques. *Cong. Intern. Méd. Londres*, 1913.
- LADAME. — *Cong. Méd. Alién. et Neur. de France. Encéphale*, 1907.
- LEGAL-LASSALLE. — De quelques points de la P. G. des Aliénés. *Paris*, 1843.
- LUNIER. — *Recherches sur la P. G. progressive*, 1894.
- MACDONALD et DAVIDSON. — Maladie mentale (qui n'est pas une P. G.), associée avec le tabès dorsalis. *The J. of mental science*, 1897.
- MAGNAN. — Paralyse générale, 1886.
— Maladie de la moëlle suivie de P. G., *Gaz. Hop.* 1866.
— Phénomènes spinaux dans la P. G., *J. de Méd. et de Chir. pratique*, 1878,
- MAIRET. — Aliénation mentale syphilitique. *Montpellier*, 1893.
- MARIE P. — *Traité de Charcot, Bouchard et Brisaud*, 1904.
- MARIE A. et P. BEAUSSARD. — Les manifest. mentales du début de la syphilis. *Soc. Méd. des Hop.*, 1910.
- MARIUS et D'HOLLANDER. — Psych. tabétiques. *Rev. neur.*, 1909.
- MEDVEDEFF. — *Démences syphilitiques. Paris*, 1914.
- MOTT. — *Arch. of Neurol. of the London County*, 1903.
- NAGEOTTE. — Tabès et paralysie générale. *Paris*, 1893.
— Étude sur la méningo encéphalite dif-

- fuse dans le tabès, la P. G. et la syphilis spinale. Arch. de Neurol., 1895.
- OBERSTEINER. — Sur les troubles psychiques au cours de l'ataxie (Wiener méd. Woch, 1875).
- OFFENFREIM. — Considération sur la combinaison des névroses fonctionnelles, avec les maladies organiques du système nerveux. Neur. psych. zentrablatt, 1890.
- PARANT VICTOR. — Syphilis et folie. Ann. méd. psych. 1888.
- PERPÈRE. — Contribution à l'étude des associations tabéto-paralytiques. Paris, 1902.
- PIERRET. — La paralysie générale des tabétiques. Rev. neur., 1907.
- Rapports de la P. G. et du tabès. Cong. Blois, 1892.
- PLAUT. — Sur les hallucinoses des syphilitiques. Monographie, 1913.
- RAYMOND et SÉRIEUX. — Dans le traité Brouardel et Gilbert, 1902.
- RAVAUT. — Annales dermat. et syph., 1903-1904.
- Meningo vascularites syphilitiques. Pr. méd., 1911.
- RÉGIS. — Précis de psych., 1914.
- ROBERTSON. — Étiologie de la P. G., the Lancet, 1912. —
- Paralysie générale des aliénés. Edinburgh, Méd. Jou., 1913.
- ROUBINOVITCH et LAVADITI. — Rôle de la syphilis dans l'étiologie de la démence précoce. Gaz. Hop., 1909.
- ROUGIER. — Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques. Lyon. 1882.

- SALAGER. — Syphilis et confusion mentale, Encéphale, 1907.
- SCHAEFFER. — Pseudo paralysie générale syphilitique. Rev. neur., 1912.
- SEGLAS et VALLON. — Tabès et délire de persécution. Soc. méd. psych., 1908.
- SÉGLAS. — Méningo encéphalite syphilitique. Encéphale, 1909.
- SOUTHARD. — Erreurs de diagnostic dans la P. G. J. of nerv. and ment. Dis. 1910.
- SPILMANN et PERRIN. — Étude sur la P. G. et le tabès, 1910.
- TRUELLE. — Les troubles mentaux dans le tabès. Ann. méd. psych., 1910.
- TRUELLE et CORNET. — Troubles mentaux dans le tabès. Ann. méd. psych., 1913.
- USSE. — Délire d'imagination dans la P. G. Paris, 1912.
- VIGOUROUX et HÉRISSON-LAPARRE. — Deux cas de délire mégalomaniaque chez des tabétiques anciens. Ann. méd. psych., 1912.
- VIGOUROUX et PRINCE. — Amnésie de fixation chez un paralytique général. Rev. neur., 1912.
- VIGOUROUX. — Sur la comparution en justice d'aliénés internés prévenus de crimes ou de délits. Ann. méd. psych., 1913.
- VIGOUROUX et PRUVOST. — Tabès et P. G. Soc. clin. de méd. mentale, 1913.
- WILLE. — Der syph. Psychosen. Allg. Zeitsch. f. Psych., 1872.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION. — Plan du travail	7
CHAP. I. — Troubles mentaux qui surviennent pendant la période secondaire de la syphilis.....	9
CHAP. II. — Troubles mentaux de la période tertiaire de la syphilis. — La syphilis cérébrale.....	16
CHAP. III. — Syphilis et paralysie générale	20
CHAP. IV. — Tabès et troubles mentaux	25
CHAP. V. — Statistiques . — Syphilis et aliénation mentale.	29
CHAP. VI. — Observations	34
CHAP. VII. — Conclusions	47
CHAP. VIII. — Bibliographie	49
